

7

LA EXPERIENCIA PACTOS POR LA VIDA EN EL MUNICIPIO DE SIBATÉ

Constanza Londoño Pérez*

Karen Liseth Cabarcas**

Diana Constanza Pulido Garzón***

Para evaluar la efectividad del programa de prevención del consumo abusivo y la dependencia alcohólica Pactos por la Vida, propuesto por Flórez-Alarcón y Vélez (2012), y aportar evidencia adicional a la reportada en las experiencias de aplicación realizadas en otros municipios —tal como se puede evidenciar en el panorama de consumo expuesto en el capítulo V—, el municipio de Sibaté presenta un problema importante de consumo de alcohol y otras drogas lo cual requiere de atención inmediata. Por ello, en 2015 fue aplicada la experiencia por investigadoras del grupo Enlace de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia bajo la asesoría del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano de la Universidad Nacional de Colombia (creadores de la estrategia), con el apoyo de la Alcaldía Municipal de Sibaté.

Fases de aplicación

Fase 1: diagnóstico

Se desarrolló una evaluación detallada en la que se tomaron medidas e indicadores cualitativos y cuantitativos del problema a través de grupos focales y entrevistas a profundidad, además de la toma de medidas sobre la topografía del consumo, las historias y recorridos, y el nivel de consumo de alcohol. La información cualitativa fue analizada a partir de categorías definidas previamente, y la cuantitativa, con análisis de frecuencias y comparativos de proporciones.

* Doctora en Psicología por la Universidad de la Laguna; investigadora en el Doctorado en Psicología de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: clondono@ucatolica.edu.co

** Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; docente de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

*** Magíster en Psicología por la Universidad Católica de Colombia; psicóloga de la Secretaría Municipal de Sibaté. Correo electrónico: psicodiana@gmail.com

La muestra estratificada por sexo y edad tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estuvo conformada por 392 personas con edades comprendidas entre 13 y 65 años, con un promedio de edad de 39,3 años y una desviación estándar de 14,34, de los cuales el 50,8% eran hombres y el 49% mujeres; el 79% era de estratos 1 y 2, con un nivel educativo de bachillerato del 47,2% y de primaria en un 18,1%; el 39% eran empleados y el 16,8% eran independientes, con un 4,8% de personas desempleadas; el 37% tenía entre 0 y 6 hijos, con un promedio de 1,34 por persona

Tabla 1
Descripción sociodemográfica de la población

Variable	f	%	Variable	f	%
Género			Escolaridad		
Otro	1	0,3	NS/NR	1	0,3
Masculino	199	50,8	Sin escolaridad	4	1,0
Femenino	192	49,0	Primaria	71	18,1
Estado civil			Bachillerato	185	47,2
NS/NR	8	2,0	Técnica	52	13,3
Soltero(a)	161	41,1	Universitaria	58	14,8
Casado(a)	98	25,0	Posgrado	21	5,4
Unión libre	106	27,0	Ocupación		
Divorciado(a)/separado(a)	15	3,8	NS/NR	17	4,3
Viudo(a)	4	1,0	Estudiante	75	19,1
Estrato			Empleado	153	39,0
0	19	4,8	Independiente	66	16,8
1	97	24,7	Hogar	57	14,5
2	213	54,3	Pensionado	5	1,3
3	52	13,3	Desempleado	19	4,8
4	7	1,8	Hijos		
5	1	0,3	Sí	145	37,0
7	1	0,3	No	230	58,7
8	2	0,5			

Respecto al consumo de alcohol, el 89,5% de la población reporta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida; con una media de riesgo de consumo abusivo de 5,91, considerada alta; asimismo se evidencia que el 73% de los encuestados tenía riesgo alto de consumo abusivo y un 13% un nivel de riesgo moderado. Las bebidas más ingeridas son la cerveza (56%) y el aguardiente (12%), y en mayor parte de las ocasiones con un consumo de más de 5 unidades (35%), es decir, que bebe hasta embriagarse, y el 19% consume entre 4 y 5 unidades, y el 30% entre 1 y 3 unidades. De igual manera, se evidencia que el 37% consume menos de una vez al mes, el 30% entre 1 y 3 veces al mes y el 3% lo hace más de una vez a la semana.

Tabla 2
Riesgo de consumo abusivo en el consumo de alcohol

Variable	f	%	Variable	f	%
Riesgo			Tipo de bebida		
Sin riesgo	50	13	No sabe/no responde	30	8
Bajo	2	2	Cerveza	221	56
Moderado	50	13	Aguardiente	48	12
Alto	287	73	Ron	7	2
Frecuencia de consumo			Whisky	24	6
No sabe/no responde (NS/NR)	2	0,1	Otra	62	16
Nunca	73	19	Cantidad		
Menos de una vez al mes	188	48	No sabe/no responde	2	0,5
Entre 1 y 3 veces al mes	107	28	0 unidades	61	16
Una o más veces a la semana	21	5	Entre 1 y 3 unidades	117	30
A diario	1	0,5	Entre 4 y 5 unidades	74	19
Consumo último mes			Más de 5 unidades	138	35
No sabe/no responde	46	12			
Nunca	71	18			
Menos de una vez al mes	146	37			
Entre 1 y 3 veces al mes	116	30			
Una o más veces a la semana	13	3			

Disponibilidad al cambio

La mayor parte de los consumidores no muestra disponibilidad hacia modificar su forma de beber, a pesar de tener un riesgo alto (58%), es decir, que se ubican en una etapa de anticontemplación; el 28% muestra alta disponibilidad al cambio, y por ello se ubican en la etapa de contemplación; el 21% muestra un nivel moderado de disponibilidad al cambio, por ello se considera que están en precontemplación (tabla 3).

Tabla 3
Descripción nivel disponibilidad al cambio

Variable	f	%
En el curso de los próximos 30 días	110	28
Dentro de uno a seis meses aproximadamente	53	14
Pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe	28	7
No sabe/no responde (NS/NR)	201	51

Respecto de los principios de moderación, se encontró que el 39,1% considera irrelevante o poco importante el control de la calidad de la bebida; el 4,1% considera que la calidad de la bebida ingerida no influye en el control; el 5,4% considera difícil manejar la calidad de bebida que ingiere, y el 46,7% reporta que controla la cantidad en el momento de beber. A su vez, el 41,8% controla la cantidad de bebida ingerida, el 9,4% reporta que tiene dificultades para hacerlo, el 17,4% no lo considera importante, piensa que no le afecta o que es irrelevante.

El 38,8% de los bebedores considera importante controlar la situación de consumo; pero en contraste, el 25% de los consumidores no considera importante controlar la compañía cuando beben o no es relevante, el 16% reporta que les es difícil hacerlo y el 43% de los no consumidores lo considera importante. El 22,5% de los consumidores no considera importante o piensa que no afecta el hecho de ingerir alimentos antes del consumo o durante este.

Tabla 4
Descripción de los seis principios de moderación

Nivel	C1		C2		C3		C4		C5		C6	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No sabe/no responde (NS/NR)	17	4,3	11	2,8	11	5	13	3,3	12	3,1	15	3,8
No consumo licor y lo considero importante para quienes beben	100	25,5	102	26,0	103	43	103	26,3	113	28,8	106	27,0
No consumo licor y me parece irrelevante para quienes beben	28	7,1	27	6,9	27	11	25	6,4	17	4,3	22	5,6
Sí consumo licor y no lo considero importante	27	6,9	25	6,4	34	14	47	12,0	19	4,8	31	7,9
Sí consumo licor y no me afecta	16	4,1	28	7,1	26	11	41	10,5	6	1,5	20	5,1
Sí consumo licor y he pensado hacerlo, pero se me dificulta	21	5,4	37	9,4	39	16	22	5,6	7	1,8	20	5,1
Sí consumo licor y aplico los principios de moderación cuando bebo	183	46,7	162	41,3	152	38,8	141	36,0	218	55,6	178	45,4

C1: control de la calidad de la bebida ingerida; C2: control de la cantidad de la bebida ingerida; C3: compañía; C4: comida; C5: conflicto; C6: consistencia.

Pautas de consumo: factores de riesgo, problemáticas asociadas e historias de consumo

¿Qué tipo de bebida alcohólica se consume? A partir de las entrevistas y de su análisis de categorías, se puede afirmar que la bebida más consumida era la cerveza, aunque se mencionan otras bebidas como aguardiente, ron, vino, chinchín, tapetusa, cocteles, nortño, costeño y whisky. Asimismo, fue posible notar diferencias en los patrones de consumo de jóvenes y adultos, ya que los primeros mezclaban distintos tipos de alcohol (“lo que haya”..., en sus palabras), cigarrillo y marihuana, y los adultos combinaban varias bebidas alcohólicas.

La chicha es una bebida que no era considerada con contenido alcohólico; por ello, aunque su consumo era frecuente entre las personas que residían en zonas semirurales y rurales, no lo mencionaron cuando se habló acerca del tipo de bebidas alcohólicas ingeridas. El consumo de chicha aumentaba durante las ferias del municipio porque se consideraba una forma de rescatar la cultura y tradiciones del pueblo.

¿Cuándo y dónde se consume alcohol? La mayor parte de los entrevistados mencionó en primer lugar que bebía principalmente en espacios públicos (afueras de los colegios, tiendas, bares, parque y estadio); en segundo lugar que bebían en familia dentro y fuera de la casa. Respecto a los momentos de consumo, se indicó que la mayoría bebía en ambientes familiares, acompañados de amigos o con la pareja; en los fines de semana y el viernes después de las seis de la tarde. También mencionaron beber durante los paseos, los eventos deportivos (ingreso y consumo de bebidas camufladas a los colegios y eventos culturales o deportivos); existe una tradición cultural muy arraigada de consumo que relaciona celebraciones, tiempo libre y alcohol.

Las frases clave: “En donde sea”, “En cualquier parte”, “Después de que haya ganas”, “Después de la una de la mañana en cualquier parte”, “Porque mis amigos, mis papás y mis profes beben y se emborrachan”, “Todos son unos borrachines”, “Los padres y los adultos dan ejemplo; aquí todos bebemos”, “Cualquier excusa en buena, lo importante es tomar”, “No hay fiesta si no hay trago”, “Sibaté es el segundo municipio que más bebe en Colombia; hay que estar orgullosos”, “En las ferias y fiestas está marcado por el alcohol y, por supuesto, por debajo está la droga”.

Las principales razones de consumo mencionadas fueron el despecho, porque *los demás lo hacen*, porque se tienen deseos de beber y para experimentar (en el caso de los adolescentes); también se mencionaba que beber sirve para evadir los problemas y escapar de la realidad, sentirse bien y relajarse, o para pasar el tiempo libre.

¿Quiénes consumen alcohol? Según las entrevistas en el municipio de Sibaté, “*todos*” consumían alcohol, incluso los niños entre 9 y 12 años. Los jóvenes ingerían bebidas alcohólicas en episodios de consumo abusivo hasta la embriaguez (atracones), los adultos

lo hacían con mayor frecuencia, pero la intensidad era menor (es decir, menos unidades por ocasión); los jóvenes mencionaron que la forma de beber de los adultos facilitó que ellos decidieran probar el alcohol y mantener un patrón de consumo similar o mayor.

También se menciona que existe un rito de iniciación de consumo de bebidas alcohólicas entre los 12 y los 13 años, principalmente con los niños varones: en presencia de los padres y con su aprobación, el niño bebe cerveza o algún otro trago. Incluso se menciona que los niños pequeños se toman los “*cunchos*” dejados por los padres, y ello no constituía un motivo de preocupación para los adultos.

Las frases clave: “Mi papá toma seguido”, “Es normal que la gente beba”, “Aquí se bebe para matar el tiempo”, “Yo bebo porque quiero... ¿y qué!?”, “Beber es un legado familiar”, “Solo bebo cada ocho días... nada más”.

Estrategias de control del consumo de alcohol. La mayor parte de los participantes no mencionaron una estrategia de control específica, pues se bebe hasta el límite individual y casi en una competencia del que más pueda beber y permanecer despierto o sostenerse en pie. Un grupo reducido mencionó que comía algo antes de iniciar el consumo, se iban temprano a la casa para no recibir invitaciones, se alejaba de los contextos de consumo, dormían cuando se sentían ebrios, programaban el consumo *solo* cada 8 días, solo bebían una cantidad definida (cuatro copas), comían mientras bebían (salchichón, cerezas, maní), tomaban café cargado durante o después de la sesión de consumo, una persona administraba el trago (también bebía), evitaban *el sereno*, bailaban, y los jóvenes comentan que en ocasiones bebían energizantes para *bajar* la borrachera.

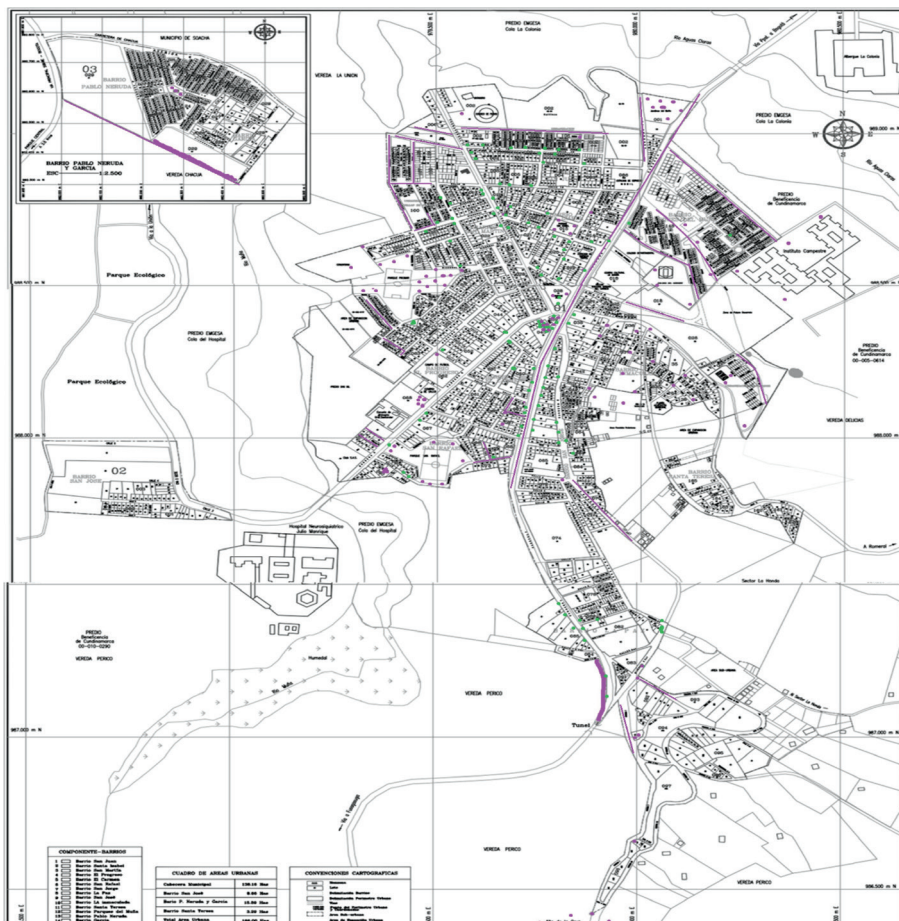
Las frases clave: “Uno mira qué toma dependiendo de dónde esté y con quién esté”, “Mi abuela cada ocho días juega tejo y toma”, “El de la bata administra el trago”, “Uno conoce su límite”, “Comer salchichón...”, “Se bebe hasta donde se aguante”, “Hay que beber hasta que el dinero y el trago se acaben”, “Uno bebe hasta emborracharse... y ahí para... para el codo y sigue...”

Reconocimiento: caracterización por escenarios, lugares de consumo

A lo largo y ancho del municipio se pueden ubicar sitios de venta y consumo de bebidas alcohólicas; aunque se identifican como puntos críticos de consumo, se reconocen los alrededores de las instituciones educativas, bares, tabernas, licorerías, billares, canchas de tejo y rana, tiendas y gallerías, en el parque central frente a la Alcaldía o en lugares públicos apartados de la cabecera urbana, luego del cierre de los establecimientos.

Respecto de la venta a menores de edad, los tenderos y en general las personas indican que no hay control efectivo; incluso se detectó que se vendían bebidas alcohólicas en sitios cuya naturaleza en el registro de uso de suelo no tenía que ver con otra actividad comercial muy distinta, como carnicerías, papelerías, misceláneas y ferreterías (figura 1).

Mapa de sitios de venta y consumo de alcohol en el municipio de Sibaté



Inicialmente se instalaron las cinco mesas de trabajo y en tres sesiones se formularon planes de acción específicos, pero debido al tamaño reducido de estas y a que algunas personas nombradas como representantes de entidades gubernamentales y no gubernamentales debían asistir a las distintas sesiones de reunión por mesas, se decidió fusionar los equipos, constituir una mesa general de trabajo e integrar los planes en una sola propuesta global. En el plan se definieron acciones como:

- a) Hacer una estrategia de motivación y sensibilización sobre el programa Pactos por la Vida, en la que se incluyó la elaboración de un pendón, presentación de notas de avance del programa en los medios de comunicación locales (televisión y

radio) y en medios electrónicos como la página de internet de la Alcaldía y videos de la experiencia en YouTube. Entre la información divulgada se incluyó un reconocimiento explícito a los agentes sociales que ayudaron a implementar algunas estrategias de Pactos por la Vida.

- b) Capacitar a los tenderos y dueños de bares en las estrategias de moderación de consumo para que ellos facilitaran su aplicación en sus negocios, y hacer un concurso de tenderos para clasificar los lugares de expendio y consumo como Zonas Seguras de Consumo con categorías AAA, AA y A; y entregar material publicitario de la campaña, consistente en una caja para guardar el dinero o las cuentas, un póker alusivo a la prevención, un cuaderno de cuentas con los seis principios de moderación del consumo. Además se nombraron a dos representantes del grupo de tenderos y dueños de bares para que asistieran a las sesiones de trabajo del programa PpV.
- c) Capacitar a agentes claves: se capacitó sobre los principios de moderación acerca de 200 residentes del municipio, entre agentes gubernamentales, representantes de JAL, jóvenes, educadores, profesionales de la salud, representantes de iglesias y tenderos. También se realizó capacitación sobre prevención en los distintos niveles y promoción, y se hizo capacitación introductoria sobre TIPICA y CEMA-PEMA.
- d) Organizar un foro de discusión entre padres, maestros y jóvenes acerca del problema del consumo de alcohol en el municipio y las opciones de solución.

Entre los resultados obtenidos durante la fase de aprestamiento, es necesario recalcar que solo se logró una institucionalización parcial del proyecto Pactos por la Vida entre los agentes del municipio, y ello hizo que las capacitaciones en su mayoría solo fueran introductorias sobre el programa y los seis principios de moderación. Con la orientación técnica del equipo de investigadores, un diseñador gráfico del municipio elaboró una propuesta de logo y del material de sensibilización hacia la moderación, con el objetivo de facilitar la aplicación de los principios entre los tenderos, dueños de bares y sus clientes.

Asimismo, se llevó a cabo la elaboración de una propuesta de decreto para el reconocimiento de zonas seguras de consumo en el Municipio, se diseñaron y elaboraron las placas de reconocimiento y se proyectaron premios para los tres primeros lugares.

Entre las limitaciones identificadas y analizadas por el equipo de investigadores, que obstaculizaron la institucionalización de la propuesta y la plena aplicación de la estrategia, se tienen factores como:

- a) El proceso de elecciones y cambio de gobierno dio lugar al cierre anticipado de planes de gobierno; ello ocupó la atención de los agentes gubernamentales durante la mayor parte del tiempo de desarrollo de la propuesta en el municipio.

- b) Se logra institucionalizar solo parcialmente la estrategia y ello afecta su impacto; debido a la naturaleza y el tamaño del municipio, los equipos de trabajo en las entidades gubernamentales y no gubernamentales tenían un número reducido de funcionarios encargados de múltiples responsabilidades previamente establecidas y debían dedicar tiempo adicional de su jornada laboral para participar en la implementación del programa. Cabe notar que los agentes sociales (representantes comunitarios, tenderos y ciudadanos) mostraron alto interés y participación, lo que permitió hacer la aplicación del programa a pesar de la actitud no participativa de algunos miembros del equipo de gobierno.
- c) Las creencias del grupo de gobierno en torno a que la salud es un problema del Estado y se debe contar con una directiva específica y recursos para que sea posible el desarrollo de una labor, y no se ven a sí mismos como responsables del proceso.
- d) La agenda de aplicación fue llevada a cabo en un tiempo corto debido a las demoras en la programación, a las cancelaciones unilaterales e inesperadas de las sesiones de las mesas, de capacitaciones, de los foros y del encuentro con tenderos.
- e) No se programan reuniones del Concejo para aprobación del Decreto de reconocimiento de Zonas Seguras de Consumo, debido al calendario electoral.
- f) Los asistentes a las capacitaciones no cuentan con el tiempo ni la aprobación de sus jefes inmediatos para multiplicar el conocimiento adquirido.

Fase 3: evaluación y seguimiento

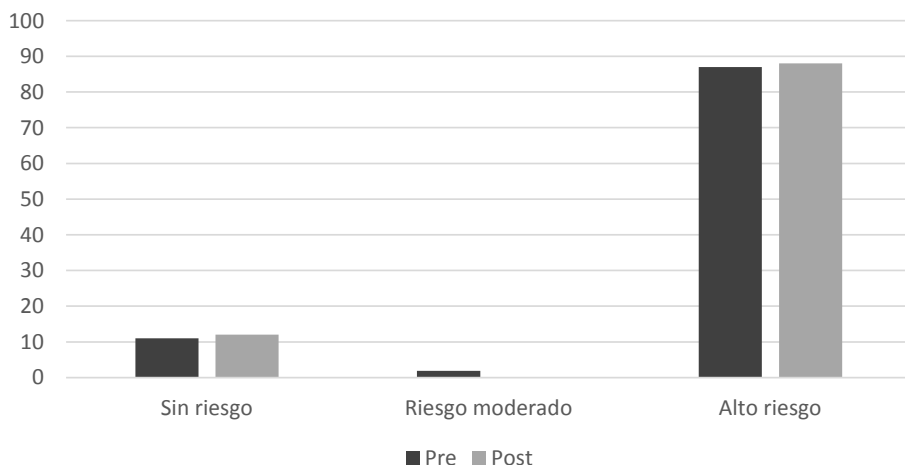
Se evalúan los alcances del programa en términos cualitativos y cuantitativos, para determinar las variaciones logradas tanto en la topografía del consumo como en las prácticas culturales asociadas. El seguimiento cualitativo se hizo en observación directa, sin hallar cambios en la población general; pero sí se pudo identificar la inclusión de comentarios acerca de los principios de moderación entre los agentes capacitados, así como cambio en la disponibilidad a regular la moderación.

También fueron llevados a cabo análisis comparativos del nivel de consumo, la disponibilidad al cambio y la aplicación de los seis principios de moderación del consumo. La muestra tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estaba conformada por 392 personas, y la de seguimiento, por 276 personas; en ambos casos, hombres y mujeres en proporciones similares, con edades comprendidas entre 13 y 65 años, con un promedio de edad de 39,3 años; principalmente de estratos 1 y 2, con un nivel educativo predominante de bachillerato y universitario, y mayoritariamente empleados y estudiantes. De estos, 41 entrevistados en la medida pre no eran consumidores, y 37 en el post.

La experiencia Pactos por la Vida en el municipio de Sibaté

Figura 2

Nivel de riesgo de consumo



Las medidas de consumo son similares en el pre y en el post. Respecto del consumo de alcohol, la proporción de consumo alguna vez en la vida es similar, 89,5% para el pre y 86,6% para el post; con una media de riesgo de consumo abusivo de 3,65, considerada moderada. Para la medida pre se evidencia que el 87% de los encuestados tenía riesgo alto de consumo abusivo, porcentaje que se mantuvo similar para la medida pos con un 88%.

Figura 3

Frecuencia de consumo

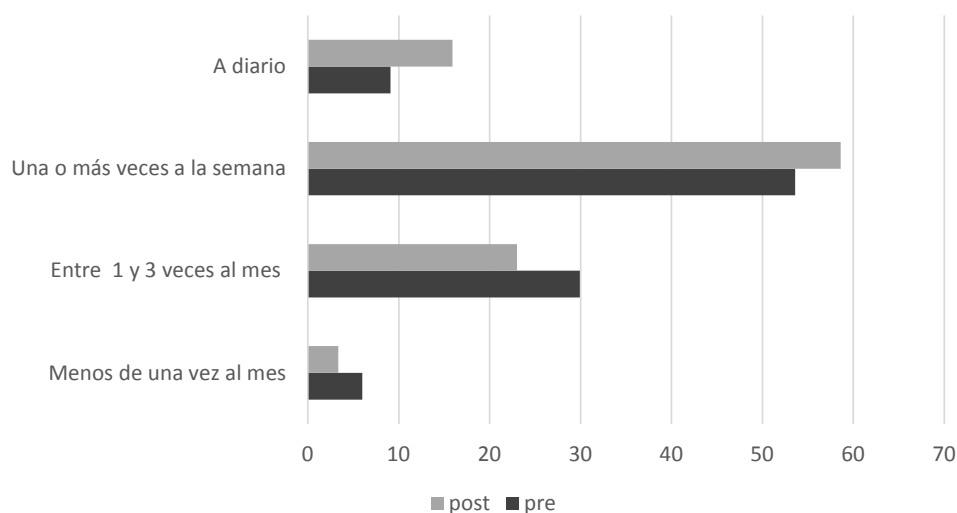
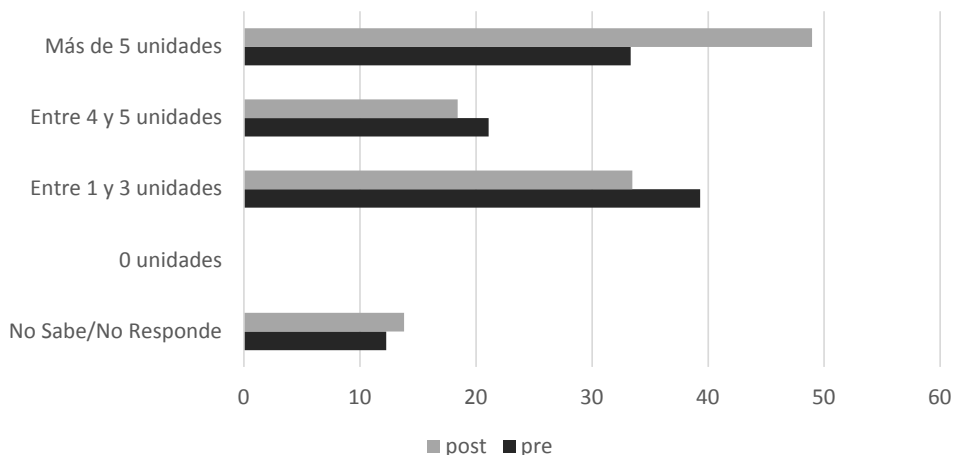
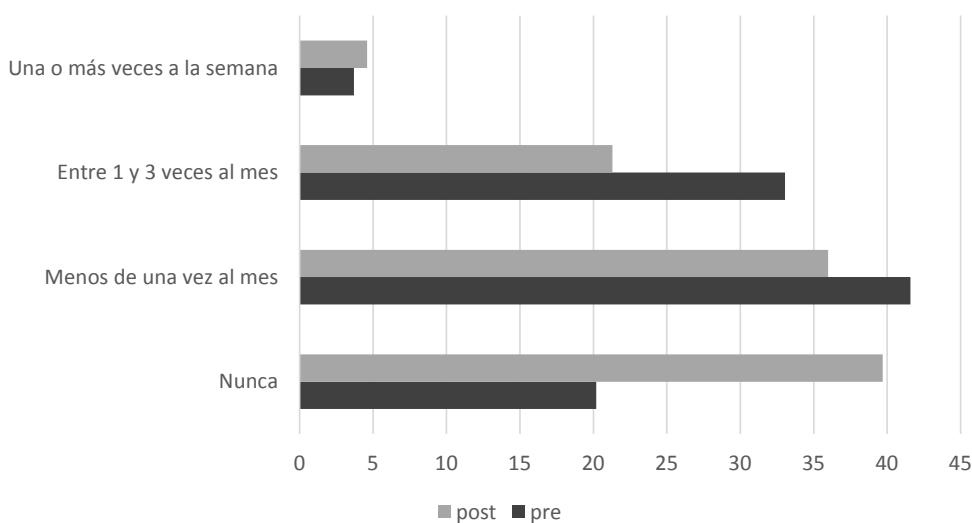


Figura 4
Cantidad de unidades consumidas



Las bebidas más ingeridas son la cerveza (56%) y el aguardiente (12%), y en la mayor parte de las ocasiones consumo más de 5 unidades (35%), es decir, que bebe hasta embriagarse, y el 19% consume entre 4 y 5 unidades, y el 30% entre 1 y 3 unidades. Asimismo, se evidencia que el 37% consume menos de una vez al mes, el 30% entre 1 y 3 veces al mes y el 3% lo hace más de una vez a la semana (figuras 3, 4 y 5).

Figura 5
Frecuencia de consumo en el último mes



Disponibilidad al cambio

En la línea de base (pre), la mayor parte de los consumidores no mostró disponibilidad a modificar su forma de beber a pesar de tener un riesgo alto (58%), es decir, que de acuerdo con el modelo teórico de base, estaban en la etapa de anticontemplación; el 28% reportó alta disponibilidad al cambio, ya que consideraba importante moderar su consumo en el siguiente mes, y el 21% reportó un nivel moderado de disponibilidad al cambio, y por ello se considera que estaban en la etapa de precontemplación. En el seguimiento se observa que la cantidad de anticontempladores desciende al 22,59%, y los precontempladores al 17%; en contraste con los contempladores, que suben al 31,38% (tabla 5).

Tabla 5
Descripción del nivel disponibilidad al cambio

Variable	f	%	F	%
En el curso de los próximos 30 días	110	28	75	31,38
Dentro de uno a seis meses aproximadamente	53	14	26	10,87
Pasarán más de seis meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe	28	7	12	5
No planea disminuir un futuro próximo la cantidad que bebe	114	51	54	22,59

Comparativamente, en los principios de moderación de consumo se observa aumento de la importancia, dada la aplicación de las recomendaciones en torno al control de la calidad y cantidad de la bebida y al consumo de alimentos antes o durante el consumo; en la aplicación de los principios, en contraste, disminuyó la proporción de personas que consideraban importante controlar la compañía con la que bebía, las de prevención del conflicto y las que concedían importancia a mantener el consumo de una sola clase de bebida (tabla 6).

Se llevó a cabo un análisis de costos respecto de los beneficios y alcances de la aplicación del programa en el municipio, como se muestra a continuación.

Beneficios y alcances:

- Incremento de la capacidad técnica instalada, ya que 200 personas de distintos niveles (gubernamental, tenderos, JAC, docentes, profesionales de la salud, iglesia, jóvenes) fueron capacitadas acerca de la estrategia Pactos por la Vida y sus componentes, respecto de los principios de moderación del consumo y acerca de la implementación de programas de prevención y promoción efectivos.

Tabla 6
Principios de consumo

Variable	f	%	Variable	f	%
Género			Escolaridad		
Otro	1	0,3	NS/NR	1	0,3
Masculino	199	50,8	Sin escolaridad	4	1,0
Femenino	192	49,0	Primaria	71	18,1
Estado civil			Bachillerato	185	47,2
NS/NR	8	2,0	Técnica	52	13,3
Soltero(a)	161	41,1	Universitaria	58	14,8
Casado(a)	98	25,0	Posgrado	21	5,4
Unión libre	106	27,0	Ocupación		
Divorciado(a)/separado(a)	15	3,8	NS/NR	17	4,3
Viudo(a)	4	1,0	Estudiante	75	19,1
Estrato			Empleado	153	39,0
0	19	4,8	Independiente	66	16,8
1	97	24,7	Hogar	57	14,5
2	213	54,3	Pensionado	5	1,3
3	52	13,3	Desempleado	19	4,8
4	7	1,8	Hijos		
5	1	0,3	Sí	145	37,0
7	1	0,3	No	230	58,7
8	2	0,5			

- Entre las personas capacitadas se incrementa la percepción de riesgo y vulnerabilidad relacionada con el consumo riesgoso de alcohol, y se incrementa la intención de aplicar algunos de los seis principios de moderación del consumo.
- El programa cuenta con un sistema mixto de diagnóstico y seguimiento de los alcances (cualitativo y cuantitativo) en el que se incluyen indicadores directos e indirectos; los instrumentos han sido validados en población colombiana y se cuenta con una versión de registro electrónico que facilita la recolección de los datos en población con acceso a equipos de cómputo y que tiene un nivel educativo mínimo de bachillerato.
- Los resultados inmediatos del programa se ven reflejados en el incremento de la disponibilidad al cambio de los participantes, y en el incremento de la percepción

de riesgo y vulnerabilidad respecto de la consideración de la importancia de aplicar al menos tres principios de moderación.

- Se capacitó a la policía de menores y a tres agentes de la policía, pero la alta rotación de los policías encargados de velar por la seguridad de los habitantes del municipio hace difícil que el personal capacitado sea quien garantice el control efectivo de la venta.
- El programa Pactos por la Vida es multimétodo y multinivel, lo cual favorece la participación activa de los distintos agentes sociales y gubernamentales. A pesar de que fue limitada la participación de la comunidad, los que formaron parte de este proceso se mostraron altamente participativos y dispuestos a aprender y aplicar lo aprendido.

Barreras y costos:

- A pesar de que se capacitó a un número amplio de gestores del municipio, estos no tuvieron el tiempo requerido ni el apoyo suficiente para llevar a cabo las acciones de replicación. Esto, aun cuando se firmó un convenio entre el municipio y la Universidad Católica de Colombia.
- La implementación del programa Pactos por la Vida requiere una disponibilidad de tiempo dedicado exclusivamente al desarrollo de las actividades previstas en los planes. En el municipio, los equipos gubernamentales de trabajo son pequeños, tienen alta carga laboral y baja percepción de corresponsabilidad en la solución del problema; probablemente por ello no se logró la institucionalización del proceso entre los líderes gubernamentales del municipio.
- La recolección de las medidas de línea de base y de seguimiento que, de acuerdo con las instrucciones, pretende ser estratificadas aumenta la dificultad para conseguir la muestra. Además, las muestras no resultan comparables en términos estadísticos; por ello se considera que este aspecto tiene dificultades metodológicas que incrementan el costo de la aplicación de la propuesta.
- La complejidad del instrumento dificulta la comprensión de personas con bajo nivel educativo y obliga la heteroaplicación de estos.
- El instrumento no evalúa el nivel de consumo en el último año y la planeación de moderación de consumo debe leerse en el marco de la tendencia de consumo del participante; algunos ítems del instrumento utilizado para evaluar presentan dificultades de diseño, ya que no todas las opciones de respuesta ofrecidas eran claras para los participantes:

- En el segundo apartado, pregunta 1 acerca del consumo de licor, al marcar la respuesta *no*, las siguientes preguntas no aplican, pero la instrucción no resultó clara para los participantes.
- La pregunta 5 del apartado 2 no permitía identificar el nivel de consumo ocasional ni el consumo en el último año.
- En el apartado 3 las preguntas no eran fácilmente comprendidas por personas con un nivel educativo bajo, debido al lenguaje utilizado, a la forma en que estaban redactadas y a la estructura de cada ítem, lo que obligó a realizar heteroaplicaciones en buena parte de los casos.
- La complejidad de la estructura de las preguntas sobre los seis principios dificultó la comprensión e implicó heteroaplicación.
- La alta diversidad de sitios en los que se expenden bebidas alcohólicas en el municipio, sumado a la falta de regulación en el POT municipal, dificulta el diseño de una estrategia universal de clasificación de zonas seguras de consumo o de reconocimiento de establecimientos.
- A pesar de la existencia de normas relacionadas con la prohibición de presencia en establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas y del consumo en menores de edad, estas no se cumplen.
- Aun cuando se hizo la capacitación a agentes, no es posible observar el impacto de su acción, debido a que no se programaron actividades de multiplicación del conocimiento, y solo se contó con el apoyo parcial por parte de los entes gubernamentales. Solo se aplican algunos componentes del programa debido a que no se cuenta con el equipo de trabajo consolidado.
- El municipio diseña su propio logo y piezas publicitarias para promover la aplicación de los principios de moderación de consumo, pero se imprime una baja cantidad de ejemplares debido a la limitación del presupuesto aprobado por parte del municipio para la implementación del programa.

Conclusiones de la aplicación

En suma, aunque se puede pensar que las acciones realizadas tuvieron efecto sobre el inicio de la moderación del consumo, no es posible concluir acerca de la efectividad del programa aplicado en un municipio pequeño, pero sí se pueden listar los aspectos que deben ser considerados básicos para la implementación del programa:

- a) Se requiere de la voluntad política de los entes gubernamentales, que vaya más allá de la firma de convenios y se cristalice en acciones preparatorias para la aplicación del programa en un municipio.

- b) Es preciso realizar acciones de sensibilización sobre PpV, dirigidas a incrementar la disponibilidad de las personas, de los entes gubernamentales y no gubernamentales, de modo tal que para la ejecución de la etapa de diagnóstico y aprestamiento se haya logrado incrementar la percepción de corresponsabilidad y aumentar la motivación por participar en el programa.
- c) Es necesario alinear el programa con las políticas públicas para que se incorpore en los planes de gobierno, en función de que las acciones derivadas del programa no sean vistas como anexas a los procesos administrativos y se destinen los recursos necesarios para desarrollar la propuesta, al tiempo que los encargados de elegir a los representantes puedan considerar el tiempo real requerido para instrumentar la propuesta.
- d) Es necesario contar con un equipo interdisciplinar de base, que pueda facilitar la implantación del programa y haga seguimiento periódico de las acciones.
- e) La propuesta ha de estar respaldada por entidades gubernamentales nacionales y departamentales, para lograr establecer el compromiso y apoyo de la Alcaldía Municipal.
- f) En municipios pequeños es preciso modificar la estrategia de instalación de mesas y constituir un grupo global de trabajo con comités específicos para facilitar su implementación.

Sin embargo, es importante anotar que si se tienen en cuenta las recomendaciones anteriores, y una vez revisadas las consideraciones sobre las condiciones de los programas de prevención basados en la evidencia, Pactos por la Vida puede ser considerada una estrategia posiblemente eficaz, que requiere de mayores análisis y de grupos poblaciones diversos que permitan evaluar su pertinencia y efectividad en poblaciones diversas.

Referencias

- Alonso, M., Santiago, E., Frederickson, K., Guzmán, F. y López, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Asociación Americana de Psicología (APA) (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Association*, 57(12) 1052-1059. Doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- Australian Psychological Society (2006). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: a literature review* (3.ª ed.). Sídney: Autor.
- Blatt, J., y Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 459-486.
- Berrio, G. y Hernández, P. (2004). Tratamientos con apoyo empírico en psicología de la salud. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 3(2), 7-26.

- Centros de Integración Juvenil (2008). *Prevención selectiva. Catálogo de proyectos piloto*. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/PrevencionR/htm/proyfasepiloteo/prevenciondelconsumo/Pdf/CatalogoDeProyectosPiloto.pdf>
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported Psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685- 716
- Comisión Interamericana para el Control el Abuso de Drogas (CICAD) (CICAD) (2005). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2006). *Manual de prevención del consumo de drogas*. Recuperado de <https://www.scribd.com/doc/22482074/manual-de-prevencion-de-consumo-de-drogas-devida>
- Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas (2009). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Orientaciones para la promoción de salud y prevención*. Montevideo: Uruguay. Recuperado de http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/2009_manual_secundaria.pdf
- Dunn, E. C., Neighbors, C. y Larimer, M. E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44-52. Doi: 10.1037/0893-164X.20.1.44
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (2010). *Guía de buenas prácticas*. Madrid: Autor.
- Fernández, R. y Soto, M. (2007). ¡ORDAGO! Afrontar el desafío de las drogas. Ed. Edex.
- Fernández, H. J. y Pérez, Á. M; (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3). 337-344
- Fernández-Cano, A. (2003). *Análisis cientimétrico, conceptual y metodológico de la investigación española sobre evaluación de programas educativos* (tesis de grado). Granada: Universidad de Granada.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). *Pactos por la vida. Saber Vivir/Saber Beber*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L. y Vélez, H. (2012). *Pactos por la Vida: Saber Beber, Saber Vivir, Convivencia Segura. Municipio promotor del consumo seguro y convivencia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Green, L. W. y Kreuter, M.W. (1999.). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (3.ª ed.). Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Gual, A. (2002). Monografía alcohol. *Adicciones*, 14.
- Instituto Colombiana de Bienestar Familiar y Dirección Nacional de Estupefacientes (2010). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia 2009*. Bogotá: Autor.
- Ireland, D., Lister-Shap, D.J., Lowe, G. y Bree, R. (2008). Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes. Foxcroft. Recuperado de <http://fare.es/uploads/pdfs/6d19433b-0de258d3399a764ebaa80d89.pdf>

- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A. y Ramos, A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenirt para vivir. *Revista de Educación*, 358, 334-356. Doi 10.4438/1988-592X-RE_2011-358-081
- Junta de Castilla y León (2012). Modelo de formación del profesorado para la aplicación de los programas “discover” y “construyendo salud”. Recuperado de <http://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>
- Kroger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. EMCDDA – OEDT.
- Londoño, C. y Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Llobell, J., Frías, M. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Magill, M., Apodaca, T., Barnett, N. y Monti, (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 299-305.
- Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud de Chile (2005). *Guía clínica: detección y tratamiento del consumo problema y la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*. Santiago de Chile: Autor.
- Muñoz, L. et al. (2010). Elementos para programas de prevención de consumo de alcohol en universitarios. *Universitas*. 11(1), 131-145.
- Mustaca, A. (2004). Terapias con Apoyo Empírico. *Revista Mexicana de Psicología*, 21(2), 105-118.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Manual para uso en la atención primaria. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)*. Washington: Autor.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2007). *Salud en las Américas*. Washington: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012). *Salud en las Américas*. Washington: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). La política de drogas y el bien público. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
- Pulido, D. (2010). Diagnóstico municipal de factores de riesgo y protección y del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes del Municipio de Sibaté - 2010.
- Vinnaccia, E. y Londoño, P. (2005). Prevención del abuso de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(002), 241-249.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Álvarez, J. y Martínez, S. (2007). *Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.